WZÓR Załącznik nr 10

do Procedur

.......................................................

 *(pieczęć Oddziału PFRON)*

**Zestawienie organizacji - adresatów programu ,,Partnerstwo dla osób z niepełnosprawnościami”
i projektów, które uzyskały prekwalifikację PFRON do uczestnictwa w programie**

**w ramach konkursu nr …………………………**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP** | **nazwa organizacji** | **adres organizacji** | **tytuł projektu** | **planowany okres realizacji projektu** | **planowana wartość projektu w PLN** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |

**Uwaga**! Uzyskanie prekwalifikacji nie jest gwarancją pozyskania środków finansowych PFRON.

................................. ........................................................................

*(miejscowość i data) (podpisy i pieczątki imienne Pełnomocników Zarządu PFRON w Oddziale)*